

*Пограничные психические
расстройства.*

Преподаватель Чивилёва О.А.

*Дисциплина – «Психические болезни с
курсом наркологии»*

Психогении (психогенные расстройства).

- Состояния, вызываемые психотравмой.
- Всегда можно найти временную связь патологической реакции с психотравмой, которая «звучит» в клинической картине.
- Выздоровление наступает сразу после прекращения действия психотравмы.

Клинические признаки психогений («триада Ясперса»).

- 1) совпадение начала заболевания с психотравмой;
- 2) отражение психотравмы в структуре переживаний;
- 3) выздоровление по мере дезактуализации психотравмы.

Психогении

***Реактивные
состояния***

Неврозы

Реактивные состояния.

- ЭТО СОСТОЯНИЯ, КОТОРЫЕ ВОЗНИКАЮТ В ОТВЕТ НА ГЛОБАЛЬНУЮ ПСИХОГЕННУЮ ТРАВМУ.

Реактивные состояния

аффективно-шоковая реакция

синдром Ганзера

**истерическое
сумеречное расстройство**

реактивная депрессия

реактивный параноид

тюремный психоз

железнодорожный параноид

1) аффективно-шоковая реакция (острая реакция на стресс, которую человек амнезирует) — возникает в ответ на катастрофу, пожар, убийство, насилие (сила психотравмирующего фактора такая, что может вызвать расстройство психики у любого человека).

Она проявляется в виде:

- реактивного ступора (человек не говорит, не двигается) и/или
- реактивного возбуждения (возникают хаотичная активность, крик, метание, паника, бегство).

2) синдром Ганзера — состояние возникает в ответ на судебное разбирательство, мобилизацию в армию, развод и проявляется мнимой утратой простейших знаний и умений;

3) истерическое сумеречное расстройство (фуга, транс, ступор, в последствии — амнезия) — нарушается ориентировка, больной совершает нелепые действия, видит яркие галлюцинации, связанные с психотравмой;

- 4) реактивная депрессия (однократный депрессивный эпизод длительностью 2-3 месяца) — возникает в ответ на смерть близкого человека, развод, потерю работы.
- 5) реактивный параноид (несистематизированный, эмоционально насыщенный бред, тревога, страх) — возникает во время военных действий, длительных переездов, в камере одиночного заключения, в иноязычной среде.
- 6) тюремный психоз — проявляется в виде псевдодеменции и пуэрилизма (детское поведение);
- 7) железнодорожный параноид — возникает при длительном (несколько недель, месяцев) передвижении в вагоне поезда.

Посттравматическое стрессовое расстройство.

- Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) развивается как результат воздействия чрезвычайного травмирующего события.
- Пациент, страдающий ПТСР, лично пережил или был свидетелем убийств, сцен насилия, гибели близких или других людей, издевательств, угрозы физической целостности.
- Реакция на травмирующее событие включала интенсивный страх, чувство беспомощности, состояние ужаса.

Психотравмирующие ситуации, вызывающие ПТСР.

- 1) участие в войне;
- 2) попадание в заложники;
- 3) попадание в плен;
- 4) бандитское нападение;
- 5) изнасилование;
- 6) нападение террористов;
- 7) природные или связанные с деятельностью человека катастрофы.

- *Синдром ПТСР* полностью развивается через некоторое время после травмы.
- Задержка во времени развития может быть короткой, например одна неделя, и очень длинной, затягивающейся на годы (до 30 лет).
- Приблизительно 30% пациентов выздоравливают,
- 40% проявляют легкие симптомы,
- 20% — умеренные и
- 10% остаются без изменения или их состояние ухудшается.

Основные характеристики ПТСР.

- 1) повторное переживание психической травмы во время бодрствования и в сновидениях;
- 2) недостаточное эмоциональное участие в межличностных контактах и других аспектах жизни;
- 3) признаки нестабильности, депрессии и когнитивных нарушений (отвлекаемость на внутренние ассоциации, плохая концентрация внимания и др.)

- Вводится понятие острых (длительность состояния менее 3 месяцев) и хронических (длительность от 3 месяцев и дольше) спецификаторов.
- Выделяется спецификатор отложенного по времени возникновения ПТСР, возникающего спустя 6 месяцев после травмы.
- Введено также понятие «острое стрессовое расстройство», возникающее непосредственно после или во время действия самой психической травмы и длящееся от 2 дней до 4 недель после завершения травматического события.
- Если симптомы продолжаются более одного месяца, правомерен диагноз ПТСР, который не ставится в случае продолжительности симптомов менее 1 месяца.

- К возникновению ПТСР наряду с предшествующей психической травмой предрасполагает наличие определенных травмирующих ситуаций в детском возрасте.
- Лица с ПТСР избегают ситуаций, потенциально способных напомнить им переживания, которые они испытали.
- Для них характерен уход от длительного планирования в связи с отсутствием настроенности на длительную жизнь.
- Наличие этих расстройств у лиц молодого возраста особенно деструктивно в связи с появлением дополнительных условий, способствующих развитию различных аддикций химического характера (алкоголизм, наркомания и т.п.).

Хороший прогноз определяют:

- быстрое развитие нарушений;
- их короткая продолжительность (несколько месяцев);
- отсутствие психических травм в прошлом, а также сопутствующего психического или другого заболевания;
- наличие реальной социальной поддержки.

Невроз.

- Это функциональное болезненное состояние в условиях незавершенной психотравмы, что вызывает резкое эмоциональное перенапряжение и сильную потребность личности ликвидировать создавшееся положение (В.Я. Семке, 1988).
- Это длительное нарушение высшей нервной деятельности, вызванное перенапряжением нервных процессов в коре больших полушарий действием неадекватных по силе или длительности внешних раздражителей (И.П. Павлов).

Клинические критерии невротозов (по В.Н. Мясищеву, 1960).

- 1) связь психогении с личностью больного;
- 2) наличие определенного соответствия между клиническими проявлениями и характером психотравмирующей ситуации;
- 3) наличие определенного соответствия динамики состояния с изменением психотравмирующей ситуации;
- 4) более высокая эффективность психотерапевтических (по сравнению с биологическими) методов лечения;
- 5) отсутствие психотических расстройств.

- Тип высшей нервной деятельности — это почва для невроза.
- Психотравмирующий фактор не всегда очевиден, в отличие от реактивных психозов здесь преобладают длительные и неинтенсивные переживания.
- Главное в неврозах — это внутриличностный конфликт (с совестью, неудовлетворенность ситуацией и нежелание ее переменить, выбор, когда в любом случае будет невыносимая потеря).
- Личностные особенности больных определяют, превратятся ли мелкие житейские трудности, сложности межличностного общения в стойкий внутриличностный конфликт.

Виды неврозов

```
graph TD; A[Виды неврозов] --- B[Неврастения]; A --- C["Обсессивно-фобический (невроз навязчивых состояний)"]; A --- D[Истерический невроз]; A --- E["Ипохондрический невроз"];
```

Неврастения

**Обсессивно-фобический
(невроз навязчивых состояний)**

Истерический невроз

**Ипохондрический
невроз**

Неврастения.

- Чаще встречается в молодом возрасте от переутомления,
- Выздоровление наступает через 1-1,5 месяца.
- Для больных характерны высокая ответственность, добросовестность при крайней чувствительности к критике.
- Слабо выражены такие качества, как решительность, устойчивость и фрустрационная толерантность.
- Неврастения, или астенический невроз, — это усталость нервной системы: «хочу, но не могу».
- Неврастеник ставит перед собой задачу так: «Знаю, что не могу, но буду».
- Такие люди не могут халтурить даже для себя — это добросовестные, гиперсоциальные перфекционисты.

Клиническая картина неврастении.

Со стороны психики выявляются:

- 1) раздражительность;
- 2) пониженное настроение;
- 3) ослабление памяти;
- 4) повышенная утомляемость;
- 5) снижение работоспособности.

Со стороны соматики характерны:

- 1) головные боли;
- 2) нарушение сна;
- 3) сосудистая дистония;
- 4) желудочно-кишечные дисфункции;
- 5) сексуальные расстройства.

Возникают вегетативные расстройства:

- зябкость конечностей,
- общий и дистальный гипергидроз,
- лабильность пульса со склонностью к тахикардии,
- дрожание век, пальцев вытянутых рук,
- боль в мышцах.

Есть все атрибуты невротической депрессии:

- 1) идеи самоуничтожения с вариантом навязчивости и сверхценности;
- 2) снижение памяти, рассеянность;
- 3) замедление ассоциаций;
- 4) общие невротические расстройства (снижение веса, аппетита, нарушение сна);
- 5) вегетативные проявления (сердцебиения, артериальное давление нестабильно).

- Стержневым симптомом является раздражительная слабость (бурная непропорциональная реакция по ничтожному поводу), когда раздражает все то, что раньше не замечалось (шорох, яркий свет, шарканье, капанье, тиканье часов, ожидание транспорта на остановке).
- Снижается порог возбудимости коры головного мозга, и обычные раздражители становятся надпороговыми, непереносимыми.
- Такие больные чувствуют даже пульсацию с внутренних органов (перистальтику кишечника, работу сердца).
- После бурной реакции на раздражитель следует реакция в виде плача, от которого истощаемость только усугубляется (расстраиваются из-за собственного плача).

- Настроение понижается оттого, что есть критическое отношение к своему состоянию, а потому и понимание неадекватности своего поведения.
- Появляются сверхценные идеи (не бред) самоуничужения в виде тупиковых рассуждений, к вечеру настроение ухудшается из-за общей утомляемости и раздражительности.
- Ослабление памяти - забывают ключи, сумки, деньги, даты из-за сниженной концентрации внимания, рассеянности,
- Больные долго не могут заснуть (думают), сон поверхностный (могут слышать, как у кого-то плачет ребенок, течет вода у соседей или играет музыка), засыпают к утру с кошмарными снами и сногворением, но уже звенит будильник и нужно вставать — встают, не выспавшиеся, весь день ходят разбитые и ждут сна (сон не приносит отдыха).
- Аппетит нарушен: есть хочется, но больной съедает 2-3 ложки, и больше «не лезет», а потому снижается вес.
- Характерны сексуальные расстройства в виде быстрой эрекции, преждевременного семяизвержения, снижения полового влечения, неполного ощущения оргазма,
- Возможны кишечные дисфункции в виде спазмов, диспепсии.

Лечение неврастении.

1) Психотерапия:

- семейная психотерапия, необходимая для снижения уровня притязаний (сначала у родителей, а потом и у ребенка);
- трансактный анализ (работа с установками родителей);
- игровая психотерапия;
- сеансы релаксации (снять напряжение и тревогу).

2) Больным рекомендуются смена обстановки (уехать в отпуск), ежедневные прогулки пешком по 2 км (аэробные нагрузки «заряжают» центры вегетативной нервной системы).

3) Фармакотерапия:

- транквилизаторы (феназепам),
- антидепрессанты (азафен, коаксил),
- нейролептики (эглонил),
- витамины,
- растительные адаптогены.

Невроз навязчивых состояний (обсессивно-фобический).

- Образно невроз навязчивых состояний можно охарактеризовать так: «Хочу, но сомневаюсь».
- вся клиническая картина практически исчерпывается навязчивыми симптомами (чаще — фобиями), и именно навязчивые образования являются источником декомпенсации.
- Сознание не изменено, критика к своему состоянию высока, элементы внутренней борьбы наиболее выражены.
- Заболеванию подвержены лица, склонные к логике, самоанализу (рефлексии), сдерживающие проявление эмоций.
- После психотравмы появляются навязчивости (мысли, страхи), абсурдность которой больной понимает и, чтобы как-то снизить напряженность, придумывает специальные действия, ритуалы (есть критика к идеям, а значит, есть и борьба). Но придуманные ритуалы тоже становятся навязчивыми.
- Вместе с навязчивостями появляются мнительность и нерешительность, чувство собственной неполноценности.
- Невроз длится 2-2,5 месяца.

Характерные клинические проявления невроза навязчивых состояний.

Со стороны психики выявляются:

- 1) страхи (фобии):
кардиофобия, сифилофобия, канцерофобия, спидофобия, клаустрофобия, агорафобия (страх людного места);
- 2) навязчивые мысли (обсессии): навязчивый счет, повторение чего-то («мыслительная жвачка»);
- 3) навязчивые действия (компульсии). Для снятия напряжения и тревоги совершаются ритуалы. Навязчивые действия совершаются помимо воли, а ритуалы больной совершает по собственному желанию;
- 4) панические реакции (спонтанные приступы страха).
- 5) тревога, мнительность;
- 6) нерешительность;
- 7) чувство неполноценности.

Для соматики характерны:

- 1) мышечная вялость;
- 2) гиперестезия;
- 3) вегетативные нарушения;
- 4) расстройства сна.

Больной не уверен в себе, не уверен в окружающих, и для того, чтобы снизить тревогу перед неизвестностью, в незнакомую ситуацию вводит знакомый элемент — навязчивые действия, которые

позволяют:

- вытеснить отрицательную эмоцию тревоги положительной (поглаживание волос, облизывание губ, булимия, анорексия);
- погасить тревогу проявлением агрессии в символическом виде (вокализованные тики, демонстрация зубов) или аутоагрессии (грызут заусенцы, расцарапывают кожу, кусают губы);
- защита от тревоги (сплюнуть, постучать).

Лечение невроза навязчивых состояний.

Считается, что для эффективного лечения необходимо воссоздать ситуацию, в которой впервые появился страх, понять смысл навязчивостей и отыграть ситуации.

- 1) психотерапия: рациональная, поведенческая (десенсибилизация), релаксация;
- 2) психофармакотерапия: ксанакс (при тревоге, панических атаках), терален, транксен (при навязчивости).

При хронификации процесса применяются терален, хлорпротиксен, этаперазин.

Истерический невроз.

- Истерический невроз (диссоциативные и конверсионные расстройства) — группа психогенных функциональных сенсорных, двигательных, вегетативных и психических расстройств, объединенных общими механизмами возникновения: внушением, самовнушением, конверсией (преобразование психологического дискомфорта в нарушения соматической и неврологической сферы), диссоциацией (выделение и автономная деятельность некоторых областей психики под контролем психотравмирующей ситуации).
- В структуре заболевания отмечается преобладание женщин (7 : 1) в момент возрастных кризов, детей и подростков.

- Стержнем невроза является эгоцентризм — стремление поставить себя в центр ситуации (даже в ущерб себе).
- Истерию называют еще «великая симулянтка» (имитация симптомов болезней), но в отличие от настоящей симуляции больные не могут по своему желанию избавиться от возникших истерических расстройств и страдают от них.
- Дополнительные психотравмы в сочетании с повышенным вниманием окружающих только усиливают симптомы истерического невроза.
- Больным свойственно подчеркивать необычность, загадочность, уникальность своих расстройств, при этом у одного больного может быть несколько различных истерических симптомов.

Клиническая картина истерического невроза.

Со стороны психики выявляются:

- 1) эгоцентризм;
- 2) эмоциональная лабильность;
- 3) повышенная утомляемость;
- 4) склонность к фантазированию;
- 5) манерность, театральность;
- 6) сумеречное состояние,
- 7) психогенная амнезия,
- 8) иллюзии,
- 9) галлюцинации.

Сенсорные нарушения:

- 1) анестезия, гипестезия, гиперестезия;
- 2) парестезия (зуд, жжение);
- 3) боли (яркие, необычные, могут быть причиной хирургических операций), потеря слуха и зрения.

Соматовегетативные нарушения:

- 1) нарушение глотания, чувство комка в горле;
- 2) тошнота, рвота, анорексия (отсутствие аппетита);
- 3) метеоризм, запор, понос;
- 4) одышка, чувство нехватки воздуха;
- 5) боли в сердце, сердцебиения, аритмия;
- 6) боли при мочеиспускании, чувство переполненного мочевого пузыря;
- 7) вагинизм, мнимая беременность, сексуальная неудовлетворенность.
- 8) астазия, абазия;
- 9) припадки, гиперкинезы.

Истерический припадок.

- смешанные, полиморфные судорожные разряды (сокращение мышц лица, брюшной стенки, приступы удушья).
- Истерический припадок всегда психогенно обусловлен, не бывает ауры, падение «щадящее», мимика выразительная, сохранена реакция зрачков на свет, нет ни прикуса языка, ни непроизвольного мочеиспускания.
- Припадок длится более 5 мин (часы), в это время возможен контакт с больным, и после припадка больной может что-то вспомнить (частичная амнезия).

В последние годы клиника истерического невроза претерпела изменения:

- практически не встречаются яркие выразительные клинические симптомы (например, истерические припадки), вместо этого *появились малые формы реагирования* —
- -вазомоторные реакции,
- -скрытые депрессии,
- -нейроэндокринные и сексуальные дисфункции.
- *Увеличилось количество дизэнцефальных и гипоталамических радикалов,* таких как чувство «нехватки воздуха», пароксизмы сердцебиений, «обмирания», ком в горле.
- *стало больше подострых и затяжных форм с ипохондрическими, псевдосоматическими расстройствами,* в основе которых лежат вазомоторные и вегетативные реакции.

Лечение истерии.

- Основной метод лечения — психотерапия: рациональная, поведенческая, гипноз.
- Цель рациональной психотерапии — повысить самооценку и сделать выгодный симптом невыгодным, предложить больному стать соучастником и помощником в гипнозе.
- Главное — создать ситуацию, когда не врач уговаривает пациента, а пациент умоляет врача и на все согласен (тогда выздоровление весьма вероятно).
- На заключительных этапах показаны сеансы аутогенной тренировки для формирования у больных навыков релаксации.
- Транквилизаторы являются подготовкой для проведения психотерапии, назначаются короткими курсами.
- Нейролептики применяют при повышенной возбудимости,
- антидепрессанты — при сопутствующей депрессии.
- Необходимо выбирать только те лекарственные препараты, которые обладают минимумом побочных действий и не вызывают зависимости.
- Назначают также гомеопатические средства, электросон, физиолечение.

Ипохондрический невроз.

- Ипохондрия — это чрезмерное, не имеющее реальных оснований внимание к своему здоровью, озабоченность даже незначительным недомоганием или убежденностью в наличии тяжелой болезни.
- Если наряду с мнимым расстройством у больного появляется реальное соматическое заболевание, то он не обращает на него внимания.
- Больной проявляет постоянную озабоченность возможностью или наличием тяжелого прогрессирующего заболевания, при этом нормальные ощущения интерпретируются им как патологические.
- Психастенический склад личности является основным «поставщиком» ипохондрии.
- Ипохондрический невроз чаще развивается в зрелом или пожилом возрасте, одинаково часто у мужчин и женщин.

Причинами ипохондрического невроза могут быть длительные психотравмирующие ситуации, связанные с тяжелым заболеванием близкого человека, чьей-то внезапной смертью, или это испуг, обусловленный внезапным изменением самочувствия (аритмией, резким скачком артериального давления, обмороком).

К ипохондрическим неврозам предрасположены лица
сенситивные, ранимые, тревожно-мнительные, имеющие
симптомы вегетативной стигматизации:

- плохой сон,
- склонность к обморокам,
- носовые кровотечения,
- субфебрилитет неясной этиологии,
- ухудшение самочувствия при резких сменах погоды,
- непереносимость поездок в транспорте.

Клиническая картина ипохондрического невроза.

1) снижение настроения;

2) тревога и страх;

3) фиксированные, доминирующие, навязчивые, редко сверхценные идеи.

4) парестезии — ощущения онемения, покалывания, ползания мурашек, не обусловленные внешним раздражителем;

5) психалгии — боли, которые являются следствием физиологического повышения болевого порога (боли без реальных оснований, часто — множественные);

6) сенестоалгии — боли, отличающиеся более причудливым характером (боли жгучие, стреляющие, колющие, переворачивающиеся);

7) сенестопатии — крайне тягостные ощущения, возникающие спонтанно и не соответствующие по локализации конкретным анатомическим образованиям.

8) синестезии — ощущения тотального физического неблагополучия или недомогания со своеобразными, трудно поддающиеся описанию нарушениями моторной сферы (неожиданная физическая слабость, легкость и пустота в теле).

Лечение ипохондрического невроза.

Включает психотерапию: (суггестивную, когнитивную, поведенческую).

Психофармакотерапия:

- 1) транквилизаторы, купирующие синестоипохондрические расстройства: феназепам, элениум, реланиум, грандаксин, мебикар, ксанакс, сигнопам, транксен;
- 2) антидепрессанты:
 - а) при тревожной депрессии — амитриптилин, герфонал, леривон;
 - б) при тоскливой депрессии — мелипрамин;
 - в) при инволюционной депрессии — нуредаль;
- 3) ноотропы.

Психопатии (расстройства личности)

- это непсихотические формы патологии (наравне с неврозами).
- Распространенность – 3% населения.
- это аномальные, дисгармоничные варианты характера, их отличие от нормы – особенности в эмоционально-волевой сфере, которые мешают им безболезненно приспособляться к окружающей действительности.
- это аномалии развития эмоционально-волевой сферы психики.
- интеллект – нормальный, но есть дисбаланс между ним и эмоциями (преобладание аффекта над интеллектом).

Психопатии (расстройства личности)

- Это дисгармония психического склада личности, которая определяет весь психический облик индивидуума и мешает его социальной адаптации,
- Это постоянное, часто врождённое свойство, сохраняющееся на протяжении всей жизни.

- В отличие от настоящих психических заболеваний психопатические личности как правило **способны осознавать свою патологию, иметь к себе критическое отношение.** К. Шнайдер определял их как лиц, которые по этой причине **«страдают сами и заставляют страдать других».**
- Другое отличие от тех, кто подвержен разрушительному действию какого-либо прогрессивного болезненного процесса, состоит в том, что **психопатия,** как и любая другая аномалия, **является статической данностью и в своей динамике не ведет к развитию выраженной личностной деструкции.**
- Эти пациенты, несмотря на кризисный характер отношений с окружающими, способны сохранять профессиональную, творческую, интеллектуальную продуктивность, обладают различными талантами, дарованиями. По этой причине среди людей незаурядных психопатические личности встречаются даже чаще, чем среди обычных.

- Значительно меньшая выраженность психопатологических нарушений при психопатиях также касается и продуктивной симптоматики.
- *отсутствуют грубые нарушения сознания, памяти, восприятия, стойкие галлюцинаторно-бредовые расстройства.*
- Доминируют связанные с нарушением аффективной координации мышления сверхценные идеи, определяющие главным образом поведенческие особенности. В редких случаях они могут достигать степени «сверхценного бреда» (А.Б. Смулевич).
- Иными словами, *клиническая симптоматика психопатий редко выходит за рамки невротического уровня.*

Диагностические критерии психопатий Ганнушкина-Кербикова

- 1) Психопатия начинается с детства. Но диагноз ставят не ранее 16 лет, т.к. может исправиться.
- 2) Относительная стабильность психических черт характера.
- 3) Тотальность – психопатия красной нитью проходит через всю жизнь.
- 4) Наличие социальной дезадаптации.

Если есть только первые 2 пункта, то говорят о препсихопатии (акцентуации характера) – это предболезнь.

Этиология психопатий.

- 1) Наследственность (в 2/3 случаев – родители тоже психопаты).
- 2) Повреждение эмбриона, вызвавшие дисфункцию ЦНС.
- 3) Цепочка соматических заболеваний, особенно в первые 3 года жизни.
- 4) Неправильное воспитание, неполная или деформированная семья, асоциальная семья.

Кербиков заметил, что определенный тип воспитания ведет к определенной психопатии:

- 1) Доминирующая гиперпротекция («ежовые рукавицы») – формируется астеническая личность.
- 2) Потворствующая гиперпротекция (по типу «кумира семьи») – формируется личность истерического типа.
- 3) Воспитание в условиях эмоциональной депривации («золушка») – формируется личность дистимного или гипотимного типа (снижение настроения).
- 4) Воспитание в условиях гипоопеки – у ребенка не вырабатывается тормоз поведения. Формируются импульсивные или аффективно-взрывчатые личности.

Выделяют 3 пути действия воспитания на личность:

- 1) Фиксация реакций подражания.
- 2) Фиксация реакция протеста.
- 3) Прямое культивирование психопатического поведения.

Типы психопатий (Кербиков О.В.)

- 1. «Ядерные» (конституциональные) психопатии – в большей степени обусловлены биологическими факторами (наследственность, внутриутробные, натальные и постнатальные вредности), проявляются в более раннем возрасте в виде спонтанных декомпенсаций с развитием более тяжёлых поведенческих нарушений, грубой и стойкой социальной дезадаптацией.
- 2. «Краевые» психопатии (патологическое развитие личности) – возникают как следствие неблагоприятных жизненных обстоятельств (неполная семья, конфликты в семье, порочная воспитательная стратегия, наличие физических дефектов и др.), более пластичны и при изменении жизненной ситуации имеют лучший прогноз.

Систематика психопатий по Кербикову.



Клиническая классификация психопатий.

■ 1) Астенические психопатии (тревожные расстройства).

Основные признаки:

- а) Чувство постоянной психической слабости (обычные события вызывают усталость).
- б) Мнительность, тревожность, повышенная ранимость (мимозоподобность).
- в) Комплекс неполноценности, компенсаторная грубость.

При декомпенсации эти симптомы усиливаются м.б. суициды.

- 2) Конформные психопаты (зависимые, пассивные) – идут на поводу чужого мнения.

■ 3) Шизоидная психопатия.

Выделяют 2 вида:

- а) Сенситивные шизоиды – отгороженность от окружающих, экстравагантное поведение.
- б) Экспансивные шизоиды – разговорчивые, но непонятные для других.

■ 4) Психастеническая психопатия (ананкастность).

Характерно:

- а) Тревожная мнительность.
- б) Потеря чувства реальности – появляется деперсонализация или дереализация. Больные ярче переживают книги или фильмы, чем реальную жизнь.
- в) Перфекционизм – стремление выполнить и нужные действия, и ненужные.
- г) Крайняя нерешительность.
- д) Наличие болезненного мудрствования, самокопание.
- е) Обсессии и компульсии.

■ 5) Истероидные психопатии (гистрионическое расстройство):

Характерна демонстративность, рисовка. Эмоции – бурные, симпатии быстро сменяются антипатией. Высокий стиль речи, слабость воли (но внушаемость – только со стороны любимых людей), гипербулия.

Вместо трезвых суждений – богатые фантазии (мифомании) 2-х видов:

а) Псевдологи – врут окружающим в отношении себя.

б) Псевдо фантасты – обманывают себя в отношении окружающих (строят «воздушные замки»):

- **тип Мюнхгаузена** – хотят вызвать интерес,

- **тип Хлестакова** – примитивное вранье,

- **тип Манилова** – живут в мире фантазий.

- 6) Эмоционально-лабильные психопатии («люди минуты») – настроение меняет под влиянием незначительных внешних воздействий.
- 7) Неустойчивые психопатии (безвольный, диссоциативный тип) – к ним «прилипает» все антисоциальное.
- 8) Аффективно-взрывчатые (импульсивные) – легко возникают физиологические аффекты, но могут и патологические.
- 9) Эпилептоидные психопатии – повышенная возбудимость, слащавость, это – борцы за справедливость.

- **10) Гипертимные психопатии**
(прирожденные оптимисты) – смотрят на мир
сквозь розовые очки.
- **11) Дистимные психопаты** – люди с
постоянно пониженным фоном настроения,
тугодумы.
- **12) Паранойяльные психопаты** – упрямые,
ригидные, склонны к односторонним
суждениям, считают, что все к ним
придираются. Может привести к
паранойяльному синдрому.

- **13) Ипохондрическая психопатия** - мнительность в отношении своего здоровья. Если заболевают – то развиваются сверхценные, а затем бредовые идеи ипохондрического характера.
- **14) Перверзные психопатии** (сексуальные «извращенцы») – на первом месте – парафилии.
- **15) Смешанная психопатия** - встречается чаще, чем чистые варианты.

Динамика психопатий.

- 1.Компенсация – в эти периоды больные не нуждаются в психиатрической помощи, реакции на жизненные события приближаются к проявлениям нормального развития личности.
- 2.Декомпенсация – клинические проявления выходят за рамки адекватных личностных реакций с формированием расстройств невротического или даже психотического круга (сверхценные идеи, бред, дисфория и пр.).
- Эти фазы сменяют друг друга, декомпенсация возникает спонтанно, как реакция на социальные, служебные, семейные конфликты, соматические проблемы.
- По завершению фазы декомпенсации возвращается состояние, бывшее до начала приступа.

Лечение и профилактика психопатий

- помощь больным психопатиями врачам приходится оказывать в редких случаях, (относительно количества нуждающихся) поскольку в состояниях компенсации лишь очень немногие пациенты в нашей стране обращаются к психологу или психотерапевту.
- В состоянии декомпенсации психиатр имеет дело по сути с различными осложнениями – психогенными состояниями, заболеваниями, алкоголизмом, токсикоманиями, которые лечатся в соответствии с имеющимися стандартами.

- 2/3 психопатов с возрастом компенсируются. Обычно это совпадает с появлением какого-либо увлечения.
- Поэтому на первом месте в лечении – нормализовать социальные факторы.
- Психотерапия – разъяснить, научить контролировать себя.
- Нейролептии – неолептил, сонапакс.
- В стадии декомпенсации – лечить как при неврозах.

- Основным направлением специфической профилактики психопатий должны быть мероприятия, направленные на создание нормальных условий развития на ранних стадиях онтогенеза (в пренатальном и раннем постнатальном периодах).
- Они включают предупреждение, выявление и лечение различных заболеваний матери и ребенка, создание благоприятных условий жизни, обеспечивающих его нормальное развитие и воспитание.
- Помимо медицинского и педагогического аспекта существуют и другие.
- Когда речь идет о благополучии семьи, следует иметь в виду все то, что определяет уровень и качество жизни, относится к вопросам неспецифической профилактики и лежит в сфере ответственности государства перед своими гражданами.